

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | **Cobertura para grupo familiar**



Esto es solamente un resumen. Si desea más detalles acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o la documentación del plan en lacare.org o llamando al **1.844.854.7272**.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 | Consulte en el cuadro (que comienza en la página 2) sus costos de los servicios que cubre este plan. |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No es necesario que cumpla con deducibles para servicios específicos, pero consulte el cuadro (que comienza en la página 2) para conocer otros costos correspondientes a servicios cubiertos por este plan. |
| ¿Existe algún límite de gastos de bolsillo? | Sí, copago de \$1,000 por persona. | El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica. |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de gastos de bolsillo? | Las primas y los servicios médicos que este plan no cubra. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Existe algún límite anual general en lo que el plan paga? | No. | El cuadro (que comienza en la página 2) describe los límites de cobertura del plan para servicios específicos, como los límites al número de visitas médicas. |
| ¿Este plan usa una red de proveedores? | Sí. Para obtener la lista de proveedores participantes, consulte lacare.org. | Si usted se atiende con un proveedor contratado, el plan pagará parte o la totalidad de los servicios cubiertos. En algunos casos, un proveedor no perteneciente al plan podrá proporcionar los servicios cubiertos en un establecimiento dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Usted no deberá pagar ninguna cantidad que supere su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en establecimientos del plan o en establecimientos dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Los planes usan los términos dentro de la red, contratado, preferido o participante para referirse a los proveedores pertenecientes a su red. Consulte el cuadro (que comienza en la página 2) para averiguar cómo les paga este plan a sus distintos proveedores. |
| ¿Necesito una referencia para ver a un especialista? | Sí. Su médico de atención primaria (<i>primary care physician</i> , PCP) tiene que referirle. | Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para consultar a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con el permiso del plan antes de realizar dicha consulta. Para acceder a proveedores de servicios para los trastornos de la conducta (salud mental o trastornos de consumo de sustancias), no necesita una referencia de su PCP. |
| ¿Existen servicios que este plan no cubra? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos. |

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | Cobertura para grupo familiar

- Los **copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$5) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que consiste en un porcentaje de la **cantidad permitida** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200.
- La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por la estadía por una noche y la **cantidad permitida** es de \$1,000, quizás deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se lo denomina **facturación del saldo**). En algunos casos, un proveedor no perteneciente al plan podrá proporcionar los servicios cubiertos en un establecimiento dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Usted no deberá pagar ninguna cantidad que supere su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en establecimientos del plan o en establecimientos dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica.
- A menos que el plan autorice lo contrario, debe usar **proveedores** pertenecientes a la red.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|--|---|---|--|---|
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Copago de \$5/visita | Sin cobertura | ---Ninguna--- |
| | Visita a un especialista | \$2 | Sin cobertura | Se exige la referencia del médico de atención primaria. El miembro pagará los servicios si no tiene una referencia. |
| | Visita al consultorio de otro profesional | Sin cobertura | Sin cobertura | ---Ninguna--- |
| | Atención médica preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones | \$5 | Sin cobertura | ---Ninguna--- |
| Si se realiza una prueba | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 0 | Sin cobertura | ---Ninguna--- |
| | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) | 0 | Sin cobertura | ---Ninguna--- |

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | **Cobertura para grupo familiar**

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|--|--|---|--|--|
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.lacare.org | Medicamentos genéricos incluidos en el Formulario | \$5 por receta | Sin cobertura | Cubre hasta un suministro para 30 días. Suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento. Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos . |
| | Medicamentos de marca incluidos en el Formulario | \$5 | Sin cobertura | Cubre hasta un suministro para 30 días. Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos . |
| | Medicamentos no incluidos en el Formulario | \$5 | Sin cobertura | Están cubiertos si se autorizan. Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos . |
| Si se realiza una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | \$0 | Sin cobertura | Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos . |
| | Tarifas del médico/cirujano | \$0 | Sin cobertura | Se aplican exclusiones. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos . |

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | **Cobertura para grupo familiar**

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Su costo si usa un proveedor dentro de la red | Su costo si usa un proveedor fuera de la red | Limitaciones y excepciones |
|---|--------------------------------------|---|--|---|
| Si necesita atención médica inmediata | Servicios de salas de emergencias | \$35 | Sin cobertura | No se aplica si lo admiten en el hospital. |
| | Transporte médico de emergencia | \$0 | Sin cobertura | No incluye la cobertura para el traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público. |
| | Atención médica de urgencia | \$5 por visita | Sin cobertura | ---Ninguna--- |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Servicios de salud en el hogar | \$0 | Sin cobertura | El cuidado de custodia no está incluido. |
| | Servicios de rehabilitación | \$5 | Sin cobertura | Incluye terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria en forma ambulatoria. |
| | Servicios de habilitación | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Atención de enfermería especializada | \$0 | Sin cobertura | El beneficio tiene un límite máximo de 100 días por año de beneficios. |
| | Equipos médicos duraderos | \$0 | Sin cobertura | Equipos para el hogar <i>necesarios por motivos médicos.</i> |
| | Servicios de cuidados paliativos | \$0 | Sin cobertura | Exclusivamente para personas a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 12 meses o menos. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Anteojos | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Chequeo dental | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov,

o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | Cobertura para grupo familiar

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Enfermería privada
- Cirugía estética
- Servicios dentales de rutina (a menos que sean necesarios por motivos médicos)
- Acupuntura
- Aparatos para la sordera
- Tratamiento para la infertilidad (a menos que sea necesario por motivos médicos)
- Cuidados a largo plazo
- Atención de la vista de rutina
- Atención quiropráctica
- Cuidado de rutina de los pies
- Servicios de habilitación
- Tratamiento para la infertilidad (a menos que sea necesario por motivos médicos)
- Cuidados a largo plazo
- Atención de la vista de rutina
- Atención quiropráctica
- Cuidado de rutina de los pies
- Servicios de habilitación

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

Su derecho a continuar la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales dispongan de protecciones que le permitan conservar la cobertura médica. Este derecho puede tener una duración limitada y requerirá que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente superior a la prima que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones con respecto a su derecho de continuar con la cobertura. Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan llamando al **1.888.839.9909**. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (*U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration*) llamando al **1.866.444.3272** o ingresando en dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (*U.S. Department of Health and Human Services*) llamando al **1.877.267.2323, ext. 61565** o ingresando en cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en cciio.cms.gov, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | **Cobertura para grupo familiar**

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos o este aviso, o necesita ayuda, comuníquese con el plan por teléfono, por correo, en persona o a través del sitio web:

L.A. Care Health Plan
Member Services Department (Departamento de Servicios para los Miembros)
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Ángeles, CA 90017

844.854.7272
Servicio TDD/TTY: 711
lacare.org

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Contacto:

California Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada de California)
California Help Center
9 980th St, Suite 500#
Sacramento, CA 95814

888.466.2219
healthhelp.ca.gov
helpline@dmhc.ca.gov

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en **lacare.org**

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **ccio.cms.gov**, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta | **Cobertura para grupo familiar****Servicios de idiomas:**

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan's phone number at **1.800.750.4776**. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at **1.888.466.2219**.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al **1.800.750.4776**. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al **1.888.466.2219**. (Español)

ماہ : لنگمیل وصلہا یاء تامدخ مجرتم اناجہ شحتللی لا کبیبط و ا تظلا تبحصلا . ل وصلہا یاء مجرتم و ا ل اوسلان ع تامولعم تبتوکم تغلاب تیرعلا . لا و ا لصنا مقریف تافلا 1-800-750-4776 صاخلا تظلا تبحصلا
دعاسلاز کرمیل صتاف دعاسلا نہ دیزم ی ل مجاہد تذا اذو تیرعلا تغلاب شحتل صخشہ کدعاسیسو HMO مقرلا یاء 1-888-466-2219 (Arabic)

مہم: دیناوتی م نامدخ ی ارباری ہافش مجرتم تجحصہ ابن درک کشز پ اہ سائرد ہ بدوخی نامرد دینکت فایر دن اگیار روطت فایر دی ارب مجرتمی ہافشہ ایت ساوخر د ہ ی بتکت اعلاطاد رومرد ہ ی سرافاد تبا اہ سائرد ی نامرد دوخ
نفلت ہرامش ہ 1-800-750-4776 س امد دیر یگہ ہ کی صخشہ ی سراف ہ ملکتی م دنک ہ دناوتی م دنک کماشہ ہ رگا ہ کماک ز اینی رتشیہ کماک ز کرم ہ دیر اد HMO ہرامش ہ 1-888-466-2219 دیر یگہ س امد ہ . (Farsi)

BANCHO: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить переводчика или спросить о наличии печатных материалов на русском языке, позвоните в свой страховой план по телефону **1.800.750.4776**. Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону **1.888.466.2219**. (Ruso)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa **1.800.750.4776**. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa **1.888.466.2219**. (Tagalo)

CHÚ Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể nhận được dịch vụ thông dịch miễn phí khi khám tại bác sĩ hoặc khi liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để nhận được dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt, trước tiên hãy gọi số điện thoại chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1.800.750.4776**. Sẽ có người nói được tiếng Việt để giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, hãy gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số **1.888.466.2219**. (Vietnamita)

Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente página.

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov,

o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Ejemplos de cobertura

Cobertura para: Grupo familiar | Tipo de plan: HMO

Acerca de estos ejemplos de cobertura

Estos ejemplos muestran el modo en que este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un supuesto paciente si estuviera cubierto por diferentes planes.



Esta no es una herramienta de estimación de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención médica real recibida por usted será diferente de estos ejemplos, y el costo de dicha atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- **Cantidad adeudada a proveedores:** \$7,540
- **El plan paga** \$7,540
- **El paciente paga** \$0

Ejemplo de costos de atención médica:

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| Cargos del hospital (mamá) | \$2,700 |
| Atención obstétrica de rutina | \$2,100 |
| Cargos del hospital (bebé) | \$900 |
| Anestesia | \$900 |
| Análisis de laboratorio | \$500 |
| Medicamentos recetados | \$200 |
| Radiología | \$200 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$40 |
| Total | \$7,540 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total | \$0 |

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- **Cantidad adeudada a proveedores:** \$5,400
- **El plan paga** \$5,400
- **El paciente paga** \$0

Ejemplo de costos de atención médica:

| | |
|---|----------------|
| Medicamentos recetados | \$2,900 |
| Equipos y suministros médicos | \$1,300 |
| Visitas al consultorio y procedimientos médicos | \$700 |
| Educación | \$300 |
| Análisis de laboratorio | \$100 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total | \$0 |

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en lacare.org

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas acerca de los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los supuestos en los que se basan los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de atención médica se basan en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU, y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no es una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan únicamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención médica de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiera recibido la atención médica a través de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse **los deducibles, los copagos y el coseguro**. También le ayuda a ver qué gastos pueden estar a su cargo porque el servicio o el tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención médica?

X No. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. La atención médica recibida por usted para esta condición podría ser diferente según lo aconsejado por su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

X No. Los ejemplos de cobertura no son una herramienta de estimación de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Se brindan solamente como un medio de comparación. Sus propios costos serán diferentes según la atención médica que reciba, los precios de sus proveedores y el reembolso permitido por su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando vea el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, vea el recuadro “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más baja sea esa cifra, más cobertura brinda el plan.

¿Hay otros costos que deba tener en cuenta al comparar planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea su **prima**, más pagará en costos de bolsillo, como **copagos, deducibles y coseguro**. También debe tener en cuenta los aportes a cuentas tales como las cuentas de ahorros para la salud (*health savings accounts*, HSA), cuentas de gastos flexibles (*flexible spending accounts*, FSA) o cuentas de reembolsos de salud (*health reimbursement accounts*, HRA), que le ayudarán a pagar los gastos de bolsillo.

Preguntas: Llame al **1.844.854.7272** o visítenos en **lacare.org**

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en **ccio.cms.gov**, o llame al **1.800.750.4776** para solicitar una copia.